

**Rückantwort**  
**TRIAS Versicherung AG**  
 Maximiliansplatz 5  
 80333 München

Vertrags-Nr.:	<input type="text"/>
Schaden-Nr.:	<input type="text"/>
VN:	<input type="text"/>
Straße/Nr.:	<input type="text"/>
PLZ/Ort:	<input type="text"/>
Telefon dienstlich:	<input type="text"/>
Telefon privat:	<input type="text"/>
Telefax:	<input type="text"/>
Name, Vorname der versicherten Person:	<input type="text"/>
Beruf:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Kontoinhaber:	<input type="text"/>
IBAN	<input type="text"/>

## Schadenanzeige zur Funktionellen Invaliditätsversicherung Golden IV

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,  
 wir bitten Sie die vorliegende Schadenanzeige sorgfältig und wahrheitsgemäß auszufüllen und mit den gewünschten Nachweisen unterzeichnet an uns zurückzusenden.

**Bitte beachten Sie die Hinweise auf vertragliche Anspruchs- und Fälligkeitsvoraussetzungen sowie einzuhaltende Fristen, die Hinweise auf die Rechtsfolgen von Verletzungen von Obliegenheiten sowie die Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtsentbindungserklärung auf den Seiten 3-6 dieser Schadenanzeige.**

Angaben zu Vorerkrankungen

Bestehen weitere (vergleichbare) Invaliditätsversicherungen (Unfall o.ä.) bei anderen Gesellschaften?

### 1. Angaben zur Diagnose bzw. körperlichen Beeinträchtigung:

Wie lautet die ärztliche Diagnose?

Welche körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen bzw. Beschwerden liegen vor?

Wann traten die Beeinträchtigungen/ Beschwerden erstmals auf (Datum)?

Wann wurde die Beeinträchtigung erstmals ärztlich diagnostiziert (Datum)?

Welche(r) Ärztin/Arzt (ggf. Klinik) hat die **Erstdiagnose** erstellt (Name und Anschrift)?

Gibt es bereits Nachweise für die Beeinträchtigung (z.B. Pflegebedürftigkeit, Krebsstufen o.ä.)? -Bitte beifügen!

Kann aus ärztlicher Sicht von einem irreversiblen Zustand gesprochen werden?

---

**2. Angaben zur Behandlung:**

Wann erfolgte die erstmalige Behandlung der Beschwerden (Datum)?

Welche(r) Ärztin/Arzt (ggf. Klinik) hat diese Erstbehandlung durchgeführt (Name und Anschrift)?

Welche Art und Umfang der Behandlung wurden bereits durchgeführt (Operationen, Therapien o.ä.)?

Welche Medikamente werden zur Behandlung der Beeinträchtigung eingenommen (Name und Dosierung)?

Welche weiteren geplanten Behandlungen werden in nächster Zukunft durchgeführt?

War oder ist eine stationäre Behandlung erforderlich (Zweck, Zeitraum, Klinik und Name des behandelnden Arztes)?

---

**3. Angaben zum Unfallhergang (nur bei einem Unfall auszufüllen):**

Ort, Hergang und Ursache des Unfalls sowie ggf. Zeugen/ Ersthelfer/ Polizeidienststelle  
(bitte ausführlich beantworten, nötigenfalls auf einem gesonderten Blatt)

## HINWEISE AUF VERTRAGLICHE ANSPRUCHS- UND FÄLLIGKEITS- VORAUSSETZUNGEN SOWIE EINZUHALTENDE FRISTEN GEM. § 186 VVG

### Kapitalsofortleistung

Die Kapitalsofortleistung zahlen wir, sofern die versicherte Person einen Zeitraum von 28 Tagen seit Eintritt des Versicherungsfalles überlebt. Mit Ablauf dieser sogenannten Überlebensfrist wird die Kapitalsofortleistung sofort fällig.

### Rentenzahlung

Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzung erstmalig durch eine ärztliche Diagnose festgestellt wird, jedoch nicht länger als sechs Monate rückwirkend nach der Meldung bei uns.

### Wartezeit

Bei Multipler Sklerose besteht eine Wartezeit von 12 Monaten, bei Krebs sowie allen anderen Tumorerkrankungen - auch des blutbildenden und lymphatischen Systems - sechs Monate ab dem im Versicherungsschein angegebenen Vertragsbeginn. Bei Eintritt einer dieser Erkrankungen während der Wartezeit besteht für deren Folgen dauerhaft kein Versicherungsschutz. Die nachträgliche Umdeutung primär unauffällig interpretierter Befunde bleibt unberücksichtigt.

### Leistungsbaustein 1: Dauerhafte Invalidität nach einem Unfall

Voraussetzung für eine Leistung ist, dass ein Unfall gemäß § 1, 1. Abs. a) AUB Golden IV 04/2014 bzw. AUB Golden IV 04/2015 während der Laufzeit des Vertrages eintritt. Die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität) und der Unfall hat zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent gemäß § 1, 1. Abs. c) AUB Golden IV 04/2014 bzw. AUB Golden IV 04/2015 geführt. Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann. Die Invalidität ist innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten und spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren sechs Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

### Leistungsbaustein 2: Vorliegen bestimmter Krankheiten und Beeinträchtigungen Krankheiten und Beeinträchtigungen

Voraussetzung für eine Leistung ist, dass die unter § 1, 2. a) AUB Golden IV 04/2014 bzw. AUB Golden IV 04/2015 aufgeführten Leistungsauslöser während der Laufzeit des Vertrages eintreten.

### Leistungsbaustein 3: Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten

Voraussetzung für eine Leistung ist, dass der Verlust mindestens einer der in § 1, 3. Abs. c) AUB Golden IV 04/2014 bzw. AUB Golden IV 04/2015 definierten Grundfähigkeiten durch Unfall oder Krankheit während der Laufzeit des Vertrages eintritt und dadurch die für die Leistung erforderliche Mindestpunktzahl (vgl. hierzu § 1, 3. Abs. d) AUB Golden IV 04/2014 bzw. AUB Golden IV 04/2015) gemäß der Bewertungsskala unter § 1, 3. Abs. c) AUB Golden IV 04/2014 bzw. AUB Golden IV 04/2015 erreicht wird. Der Verlust der Grundfähigkeiten muss irreversibel und nicht mehr therapierbar sein. Ein Verlust einer Grundfähigkeit liegt nur dann vor, wenn die versicherte Person diese Grundfähigkeit bereits einmal besessen, und sie nunmehr verloren hat.

### Leistungsbaustein 4: Eintritt von Pflegebedürftigkeit

Voraussetzung für eine Leistung ist, dass eine Pflegebedürftigkeit im Sinne der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen für die funktionelle Invaliditätsversicherung Golden IV (AUB Golden IV 04/2014 bzw. AUB Golden IV 04/2015) während der Laufzeit des Vertrages eintritt. Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls so hilflos wird, dass sie bei mindestens drei der in § 1 4. Abs. c) AUB Golden IV 04/2014 bzw. AUB Golden IV 04/2015 genannten Verrichtungen auch bei Einsatz technischer oder medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Ist dies für mindestens sechs Monate ununterbrochen der Fall, so gilt ab Beginn dieses sechsmonatigen Zeitraumes die Pflegebedürftigkeit als eingetreten. Pflegebedürftigkeit liegt dabei nur dann vor, wenn die versicherte Person bei mindestens drei der Verrichtungen hilfsbedürftig geworden ist, für die sie früher keiner Hilfe bedurfte.

Unabhängig von der unter § 1 4. Abs. c) AUB Golden IV 04/2014 bzw. AUB Golden IV 04/2015 aufgeführten Bewertung liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn die versicherte Person

- wegen einer dementiellen Erkrankung, seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf, oder
- dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann, oder
- der Bewahrung bedarf. Bewahrung liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.

Pflegebedürftigkeit liegt dabei nur dann vor, wenn die versicherte Person nun hilfsbedürftig geworden ist, früher jedoch keiner Beaufsichtigung oder Hilfe einer anderen Person bedurfte.

### Leistungsbaustein 5: Eintritt einer Krebserkrankung

Voraussetzung für eine Leistung ist, dass eine Krebserkrankung im Sinne der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen für die funktionelle Invaliditätsversicherung Golden IV (AUB Golden IV 04/2014 bzw. AUB Golden IV 04/2015) während der Laufzeit des Vertrages eintritt. Eine Krebserkrankung im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn histologisch nachgewiesen ist, dass ein bösartiger Tumor vorliegt, wenn es also zu unkontrolliertem Wachstum, der Aussaat von Tumorzellen mit Einwanderung in umliegendes Gewebe und der Zerstörung von gesundem Gewebe kommt, und dabei mindestens der Schweregrad oder das Stadium II nach den nachfolgenden Klassifizierungen erreicht wird. Krebserkrankungen werden entsprechend der „TNM classifications of malignant tumours, seventh edition“ der Internationalen Vereinigung gegen Krebs (UICC) in vier Stadien (I bis IV) klassifiziert.

Lymphknoten- und Blutkrebserkrankungen, also alle Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin, werden nach der folgenden Klassifikation eingeteilt:

- Stadium I (hier gibt es keine Leistung): Befall einer einzigen Lymphknotenregion ober- oder unterhalb des Zwerchfells;
- Stadium II: Befall von zwei oder mehr Lymphknotenregionen ober- oder unterhalb des Zwerchfells;
- Stadium III: Befall auf beiden Seiten des Zwerchfells;
- Stadium IV: Befall von nicht primär lymphatischen Organen (z. B. Leber, Knochenmark).

Tumore des Gehirns werden entsprechend der WHO (World Health Organisation) Klassifikation von 2007 (WHO Classification of Tumours of the Central Nervous System) in vier Schweregrade (I bis IV) eingeteilt.

Eine Krebserkrankung, die im Zusammenhang mit einer vorangegangenen Krebserkrankung steht, zum Beispiel durch Metastasierung, gilt nicht als neuer Leistungsfall. Steht eine neue Krebserkrankung nicht im Zusammenhang mit einer bereits festgestellten Krebserkrankung, gilt dies als neuer Leistungsfall.

Keine Krebserkrankungen im Sinne dieser Bedingungen und damit vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind:

- Alle Carcinoma in situ
- Gebärmutterhalsdysplasien
- sowie alle Stadien/Grade I.

## HINWEIS AUF DIE RECHTSFOLGEN BEI VERLETZUNGEN VON OBLIEGENHEITEN

### Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten, Vorlage von Belegen

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt eines Versicherungsfalles verlangen, dass Sie uns wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs der Leistungspflicht erforderlich ist, und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie alles Ihnen zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehmen. Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns fristgerecht Belege vorlegen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

### Leistungsfreiheit

Verstoßen Sie vorsätzlich gegen die Obliegenheit zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, können wir unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens – ggf. bis zum vollständigen Anspruchsverlust – kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

### Hinweis

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, Aufklärung und Vorlage von Belegen verpflichtet.

Ort	Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer/-in
Ort	Datum	Unterschrift Versicherte Person (falls nicht Versicherungsnehmer)
Ort	Datum	Unterschrift Gesetzlicher Vertreter (bei Minderjährigen)

## EINWILLIGUNG IN DIE ERHEBUNG UND VERWENDUNG VON GESUNDHEITSDATEN UND SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die BGV AG / TRIAS daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die BGV AG / TRIAS Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt die BGV AG / TRIAS Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Ihren betreuenden Vermittler, IT-Dienstleister und unsere Rückversicherer weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Leistungsprüfung in der BGV AG / TRIAS unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird eine Prüfung des von Ihnen geltend gemachten Leistungsanspruches in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die BGV AG / TRIAS selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.) und
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der BGV AG / TRIAS (unter 3.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

### 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die BGV AG / TRIAS

Ich willige ein, dass die BGV AG / TRIAS die von mir in diesem Leistungsantrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Leistungsprüfung erforderlich ist.

### 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass die BGV AG / TRIAS die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die BGV AG / TRIAS benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

#### Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass die BGV AG / TRIAS – soweit es für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die BGV AG / TRIAS übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Versicherung BGV AG / TRIAS an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die BGV AG / TRIAS tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

#### Möglichkeit II:

Ich willige ein, dass die BGV AG / TRIAS – soweit es für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die BGV AG / TRIAS übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Versicherung BGV AG / TRIAS an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die BGV AG / TRIAS tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

### 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der BGV AG / TRIAS

Die BGV AG / TRIAS verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

#### 3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die BGV AG / TRIAS benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die BGV AG / TRIAS meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die BGV AG / TRIAS zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die BGV AG / TRIAS tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

### 3.2 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die BGV AG / TRIAS Ihren Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die BGV AG / TRIAS aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die BGV AG / TRIAS den Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch uns unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die BGV AG / TRIAS tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

### 3.3 Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken können wir an das HIS melden. Die BGV AG / TRIAS und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt die BGV AG / TRIAS Ihre Schweigepflichtentbindung.

Ich entbinde die für die BGV AG / TRIAS tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden (siehe unter Ziff. 2.1).

### 3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die BGV AG / TRIAS gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die BGV AG / TRIAS meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

Diese Erklärungen gebe ich für die/den von mir gesetzlich vertretene(n) \_\_\_\_\_

ab, die/der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

Ort	Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer/-in
Ort	Datum	Unterschrift Versicherte Person (falls nicht Versicherungsnehmer)
Ort	Datum	Unterschrift Gesetzlicher Vertreter (bei Minderjährigen)